



RÉPUBLIQUE DU TCHAD

Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) du TCHAD

BP : 749 TEL : (235) 22 52 58 80 / (235) 22 52 58 83 FAX : (235) 52 23 65
E-mail : cnps.tchad@intnet.td N'DJAMENA TCHAD

DEMANDE DE PENSION OU D'ALLOCATION DE SURVIVANT

I - ETAT CIVIL DE L'ASSURÉ (E) DÉCÈDÉ

N° d'immatriculation à la caisse: _____

Nom et Prénom de l'assuré(e) décédé(e) : _____

Date de Naissance : _____ Lieu de Naissance : _____

Date de Décès : _____ Lieu de Décès : _____

Acte de Décès n° : _____ Délivré le : _____ à _____

II - ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

Qualité : Veuve ou Veuf Tuteur légal

Nom et Prénom : _____

Date de Naissance : _____ Lieu de Naissance : _____

Nom du Père : _____ Nom de la Mère : _____

Date du mariage : _____ Lieu du mariage : _____

Acte de mariage N°: _____ Délivré le: _____ à _____

Acte de naissance N°: _____ Délivré le: _____ à _____

Care d'identité N°: _____ Délivré le: _____ à _____

Profession du tuteur / tutrice légal (e) : _____

III - ORPHELINS À LA CHARGE DU DEMANDEUR

Qualité Orphelins de Père ou de Mère Orphelins de Père et de Mère

Noms et Prénom des Enfants	Date de Naissance	Nom de la mère

JUSTIFICATION A FOURNIR

-Acte de décès
-Certificat de cause de mort
-Certificat de genre de mort
-Livret d'assurance

-Acte de mariage
-Acte de naissance du demandeur
-Acte de notoriété pour hérité
-Acte de naissance des enfants
-Acte de tutelle
-Certificat de non remariage et de non divorce pour la veuve
-Certificat médical pour le veuf ou la veuve invalide
-Certificat de scolarité des enfants
-Copie de la carte d'identité du demandeur

Joindre le livret familiale de l'assuré

IV - INVALIDITÉ DE LA VEUVE OU DU VEUF

Etes-vous atteint (e) d'invalidité?

OUI

NON

Si OUI, joindre un certificat médical du médecin traitant attestant une invalidité

Déclarations du demandeur

Je soussigné (e) _____

Qualité du demandeur _____ déclare qu'au moment du décès de _____

(1) Avoir été l'épouse vivante et les enfants ci-contre sont bien à ma charge

(1) Mon mariage n'a jamais été dissous par le divorce

(1) Je ne me suis pas remarié après le décès de mon époux

(1) Je suis désigné (e) comme tuteur (trice) légale et les enfants ci contre sont bien à ma charge

Je m'engage à aviser la CNPS en cas de remariage.

Je certifie sur l'honneur que tous les renseignements portés sur la présente demande, ainsi que les pièces jointes sont authentiques et sincères.

A _____, le _____

Signature

(1) Mettre une croix dans la case correspondante

PÉNALITÉ

Les auteurs de fausses déclarations sont punis d'une amende de 600 à 6000, et en cas de récidive, d'une amende de 2 400 à 18 000 francs (art.449 du code de travail et de la prévoyance sociale). En outre ces auteurs sont tenus de verser à la caisse le double des sommes indument payées par ceux-ci du fait de ces déclarations. (art.32 aléna 6 du décret n°99/P-CSM du 26-04-78)